Ergebnisse
der in der Giessener Frauenklinik von 1888 bis 1896 ausgeführten Ovario- und Parovariotomieen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Grossherzoglich Hessischen Ludewigs-Universität Giessen

vorgelegt von

Adolf Winter

appr. Arzt aus Worms a. Rh.

Darmstadt 1896.

Buchdruckerei von H. Menzlaw.

Ergebnisse
der in der Giessener Frauenklinik von 1888 bis 1896 ausgeführten Ovario- und Parovariotomieen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Grossherzoglich Hessischen Ludewigs-Universität Giessen

vorgelegt von

Adolf Winter

appr. Arzt aus Worms a. Rh.

Darmstadt 1896.

Buchdruckerei von H. Menzlaw.

In den Jahren 1888—1896, vom 1. März ersteren bis 1. April letzteren Jahres, wurden in der Giessener Frauenklinik insgesammt 184 Ovario- und Parovariotomieen wegen Geschwülsten der Ovarien resp. Parovarien ausgeführt, ausschliesslich der Castrationen aus anderer Indikation und der probatorischen Incisionen. Die Resultate der Operationen sollen aus bestimmten Gründen, hauptsächlich des Vergleichs wegen, in zwei grosse Gruppen, die eine von 1888 bis 1893, die andere von 1893 bis 1896, hier vorgeführt werden.

In den fünf ersten Jahren waren es gerade 100 Ovario- und Parovariotomieen, die in der hiesigen Klinik, mit Ausnahme einiger wenigen, durch die Assistenzärzte gemachten, durch Herrn Professor Löhlein ausgeführt wurden. In derselben Zeit, vom 1. März 1888 bis 1. März 1893 betrug die Gesamtzahl aller in der Giessener Frauenklinik zur stationären Behandlung gekommenen Fälle 2105; auf die einzelnen Jahre verteilt sich diese Zahl in der Weise, dass auf 88/89: 230, auf 89/90: 317, auf 90/91: 404, auf 91/92: 524, auf 92/93: 630 Fälle kommen. Das Prozentverhältnis der Ovariotomieen zur Gesamtkrankenzahl betrug demnach 4,75%.

In den fünf Jahren wurden zusammen 153 Ovarialtumoren beobachtet; 53 kamen entweder wegen absoluter Malignität mit ausgedehnter Metastasenbildung oder wegen sehr geringer Ausdehnung oder drittens, weil die Patientinnen die Operation verweigerten, nicht zu chirurgischer Behandlung. In Procenten ausgedrückt wurden also 65,4% operiert. In

die Zahl der nicht operierten, d. h. der nicht radikal operierten, ist auch die kleine Anzahl (9) derjenigen Fälle mit aufgenommen, bei denen sich gelegentlich einer probatorischen Incision die Inoperabilität des Tumors zur Evidenz herausstellte; durch Entleerung des hier fast immer bestehenden Ascites konnte übrigens immerhin fast stets eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens der Patientinnen erreicht werden. Auch ist in der Mehrzahl dieser Fälle der moralische Effekt eines Operationsversuches an Stelle des völligen Verzichtes auf einen solchen keineswegs zu unterschätzen.

Die Tumoren charakterisirten sich pathologisch-anatomisch zu 81 = 81% als benigner, zu 19 = 19% als maligner Natur. Was zunächst erstere anbelangt, so stellten, wie gewöhnlich, die glandulären Kystome das Hauptkontingent dazu, 67 an Zahl, darunter 2 Kystofibrome, meist multilokulär (6 unilokuläre gingen von Parovarium aus).

Den Kystomen folgen in der Reihe der gutartigen Geschwülste die Dermoide mit 10%, einem Procentsatz, der in seiner ungewöhnlichen Höhe schon von Olshausen*) gefunden, von ihm jedoch für vielleicht zufällig gehalten wurde. Noch grösser wie bei seinem, an annähernd 300 Fällen der Berliner Klinik gefundenen, Resultat ist allerdings die Wahrscheinlichkeit oder doch wenigstens die Möglichkeit eines Zufalles bei uns gegeben, bei einem Material von nur 100 Fällen.

Demnächst folgen die Fibrome, 3 Fälle, = 3%, sowie zum Schluss noch ein Hämatom, = 1%, als das letzte in der Reihe der gutartigen Geschwülste.

Von malignen Tumoren sind im Ganzen 19 aufzuführen; auf eine derartig hohe Zahl kommen wir, wenn wir nach Cohn's**) und H. W. Freund's***) Vorgang sämtliche papillären Kystome von vorn herein zu den malignen zählen wollen.

*) Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynaekologie XX. p. 225.
**) ibidem XII. 1886.
***) Archiv f. Gynaekologie Bd. XXXIII. p. 327.

Zunächst sind hier zu nennen vier Fälle von reinem Carcinom, zwei weitere, der eine ein Kystom mit partieller carcinomatöser Entartung darstellend, das andere ein Kystopapillom, das dieselbe maligne Entartung zeigte, bringen die Zahl der Carcinome im weiteren Sinne auf 6 = 6%.

Die papillären Kystome, 6 an Zahl, darunter zwei, die teils papillären, teils glandulären Bau zeigten, die drei Sarkome (darunter ein Fibrosarkom) und schliesslich ein Teratom bringen die Zahl der malignen Tumoren auf die erwähnte Höhe.

H. W. Freund*) berechnet die Häufigkeit des Vorkommens maligner Tumoren überhaupt, also nicht wie wir ihre Frequenz unter den operierten Fällen, nach den Erfahrungen in der Strassburger Klinik auf 18,8%, eine Zahl die an und für sich kaum von unserer verschieden zu nennen ist, während Olshausen**), der nicht alle papillären Tumoren zu den malignen gerechnet wissen will, auf einen Procentsatz von nur 15 gekommen ist. Seiner Behauptung nach müsste man jedoch bei Mitrechnung sämtlicher Papillome, auch der oberflächlichen und cystischen, zu einem noch weit höheren Procentsatz, bis 26% und mehr gelangen; es ist dies eine Behauptung, auf deren Berechtigung die Erfahrungen in der Giessener Klinik hinzudeuten scheinen, denn auch hier würde man bei Berücksichtigung sämtlicher überhaupt zur Behandlung oder doch Beobachtung kommenden Fälle von Ovarientumoren sicherlich zu einem noch höheren Procentsatz an malignen Tumoren kommen. Im Uebrigen wird die Zahl der malignen Tumoren, je nach Ort und Umständen wohl derartigen Schwankungen unterworfen sein, dass von Aufstellen einer nur annähernd allgemeingültigen Ziffer für die Häufigkeit ihres Vorkommens wohl nicht gut die Rede wird sein können. So kann es denn auch gar nicht Wunder nehmen, wenn von verschiedenen

*) l. c.
**) l. c.

Seiten in dieser Richtung die verschiedensten Angaben gemacht werden, auf die näher einzugehen jedoch keinen Wert für uns hätte, ganz abgesehen davon, dass es uns zu weit führen würde.

Das Eine scheint festzustehen, das die früheren weit geringeren Angaben, wie sie allgemein gemacht wurden, wie Olshausen meint, in vielen, wenn nicht allen Fällen auf ungenaue anatomische Untersuchung zurückzuführen sind, wenn diese letztere überhaupt wirklich in allen zweifelhaften Fällen angestellt wurde.

Was den Sitz der Tumoren angeht, so wurden bei unseren 100 Fällen 47 rechts-, 31 links- und 22 beiderseitig sitzend gefunden. Es ist dies ein Resultat, das auf die Berechtigung des alten, seitdem jedoch viel angefochtenen und jetzt im Allgemeinen wohl verlassenen Satzes von der Bevorzugung der rechten Seite zu deuten scheint.

Die Häufigkeit von 22% der beiderseits ausgebildeten Tumoren stimmt fast genau mit den Angaben Olshausen's. In sämtlichen Fällen wurde übrigens die Ovariotomia duplex vorgenommen bis auf einen einzigen, in dem sich die linksseitige Geschwulst nach der Incisio als inoperabel erwies.

Die malignen Tumoren hatten ihren Sitz beiderseits mit Ausnahme dreier Papillome, des Teratoms und des Fibrosarkoms, die nur einseitig ausgebildet waren. Die Carcinome speziell waren der Angabe Schrœder's entspechend, sämtlich doppelseitig. Von gutartigen Kystomen waren es sechs, die gleichfalls doppelseitig entwickelt waren.

Die Beobachtung vier echter Carcinome gegen nur zwei Fälle carcinomatöser Entartung widerspricht der Angabe der Lehrbücher, wonach letztere weit häufiger sein sollen; die Möglichkeit eines Zufalls ist ja auch hier gegeben.

Wie bereits erwähnt, bildete das Parovarium in 6 Fällen den Ausgangspunkt für den Tumor, der sich jedesmal als

unilokuläres Kystom anatomisch charakterisierte; es entspricht dies einer Häufigkeit von 6%, während Olshausen die Häufigkeit der Parovarialcysten auf 11,3% angiebt.

Das Lebensalter der Patientinnen schien einen wesentlichen Einfluss auf die Natur der Tumoren zu besitzen, sämtliche Carcinome kamen erst in einem Alter zwischen 40 und 60 Jahren zum Vorschein; die anderen malignen Geschwülste verteilen sich auf fast jedes Lebensalter vom Eintritt der Pubertät an, ebenso die gutartigen, die sogar, ebenso wie die Sarkome eine gewisse Vorliebe für das jugendlichere Alter zu besitzen schienen.

Alle Carcinomatösen waren Multiparae: es liegt sehr nahe, wie ja häufig schon geschehen, die Partus für das Carcinom in gewissem Grad mitverantwortlich zu machen.

Das Resultat der Ovariotomieen beziffert sich auf 88 Heilungen, denen 12 exitus letales gegenüber stehen. Auf den ersten Blick mag diese letztere Zahl etwas hoch erscheinen; wenn wir jedoch auf die einzelnen Fälle eingehen, so finden wir unter den 12 Todesfällen allein 4 Carcinome, Fälle in denen bei der Sektion Metastasen in allen möglichen Organen gefunden wurden und ein Sarkom, das mit sarcoma uteri kompliziert war und bei dem nur auf die ausdrückliche Bitte der Kranken ein fast aussichtsloser Operationsversuch gemacht wurde. In dreien dieser 5 Fälle war ausserdem die Operation aus der indicatio vitalis gemacht worden. Abstrahieren wir also von diesen 5 marantisch zu grunde gegangenen, so bleibt noch eine Mortalität von 7 auf's Hundert, d. h. sie ist etwa der heutigen Durchschnittsmortalität bei Laparatomieen entsprechend. Von diesen 7 nach Abzug der 5 malignen Fälle noch bleibenden Todesfällen fielen drei der eitrigen Peritonitis zum Opfer, darunter ein Cystocarcinom; in 2 Fällen wurde eine verhältnismässig geringe Nachblutung zur Todesursache. Eine Patientin starb einige Tage post Ope-

rationem bei hochgradigem Meteorismus; der Sektionbefund war ein absulut negativer, sodass nach den übrigen Erscheinungen eine Darmlähmung angenommen werden musste. Bei einer weiteren erfolgte 17 dies post Operationem mors subita; die Sektion ergab embolia arteriae pulmonalis.

Es bleiben sonach nur die 3 Fälle von eitriger Peritonitis, in denen der exitus der Operation oder vielmehr der durch die Operation vermittelten Invasion pyogener Bakterien zur Last zu legen ist, ein Ergebnis, das gewiss günstig genannt werden kann: 3% Mortalität durch Eiterung. Vergleichen wir jedoch dieses Resultat mit dem der späteren Jahre, 93—96, so ergiebt sich ein weit günstigeres, ja fast ideales Resultat für letzteren Zeitraum, denn es wurde nur ein einziger Fall einer eitrigen Peritonitis im Anschluss an die Ovariotomie beobachtet, also ein Mortalität von 1,19% durch Infektion und, da auch keine Todesfälle in Folge von Nachblutung post ovariotomiam in diesem Zeitraum zu verzeichnen waren, überhaupt eine Operations-Mortalität von 1,19%.

In einem weiteren Fall wurde zwar per sectionem ein Abscess im septum recto-vaginale festgestellt, allein hier wurde die Operation an und für sich gut überstanden (kompliziert durch Myomotomie) und erst im weiteren Verlauf bildete sich ein allgemeiner Marasmus heraus, der nach 81 (!) Tagen ad exitum führte. Aber selbst wenn man diesen anderen Fall auf Rechnung einer Infektion intra operationem setzen wollte, was meiner Ansicht nach durchaus ausgeschlossen ist, so bliebe das Ergebnis doch immer noch ein günstigeres als das der vorangegangenen Jahre, eine Infektionsmortalität von 2,38 gegen 3% 1888/93. Die Ursache liegt nicht weit. Bis März 93 wurde in der Giessener Frauenklinik antiseptisch verfahren mit Benutzung aller gebräuchlichen Antiseptika, von Carbol bis zum Lysol, später aseptisch mit einfacher Sterilisation durch trockne und feuchte Hitze. Nur zur Desinfektion der Haut von Operateur und Assistent sowie der Bauchdecken resp. der

Scheide, kurz des Operationsfeldes, wurden die chemischen Mittel beibehalten, im Uebrigen jedoch durchaus vermieden. Zu Spülungen wurde sterilisiertes Wasser benutzt.

So bekannt die Vorzüge der aseptischen Wundbehandlung auch heutzutage sein mögen, so dürfte doch jeder neue Beweis dafür, wie er in unserem Falle geliefert ist, willkommen sein.

Ein weiterer, wenn auch nur geringerer Vorteil der aseptischen Methode gegenüber der antiseptischen besteht nach den Erfahrungen der hiesigen Klinik darin, dass der Zustand der Operierten in den ersten 24 Stunden nach der Operation ein sehr viel erträglicherer als früher, oft völlig beschwerdefreier zu sein pflegt.

Vergleichen wir die Fälle der beiden Zeitabschnitte bezüglich Häufigkeit der malignen Tumoren, Einfluss des Alters, Partus, Sitz des Tumors, Ausgang etc., so finden sich auch hierbei in manchen Punkten grosse Verschiedenheiten.

Was zunächst die Häufigkeit der malignen Tumoren anlangt, so sind 93/96 nur 7 unter 84, also 8,33%. Es sind dies 4 Carcinome und 3 Papillome oder wenigstens Tumoren, die beginnende papilläre Entartung zeigten. So ungewöhlich hoch die Zahl 19,0 für die Jahre 1888/93 erschien, so niedrig müssen uns die 8,33% der Jahre 93/96 vorkommen, namentlich im Vergleich zu der Freund'schen*) Angabe von 18,8%. Wohl zu bedenken ist jedoch dabei, wiederholt sei es gesagt, dass Freund das Procentverhältnis aller überhaupt vorgekommenen malignen Tumoren zu allen Ovarialtumoren meint, während wir hier nur von solchen Tumoren reden, die zur Operation kamen und dabei die anderen unberücksichtigt lassen, die aus verschiedenen Gründen nicht operiert wurden, d. h. aus den oben angeführten Gründen nicht operiert werden konnten oder durften. Da nun fast sämtliche Tumoren letzterer Art maligner Natur waren, so ist es klar, dass bei ihrer Mitberücksichtigung ein viel höherer Procentsatz für

*) l. c.

uns herausgekommen wäre, ein Procentsatz, der die Freund'sche Angabe für 88/93 weit übertroffen, 93/96, wenn auch vielleicht nicht erreicht, so doch ihr näher gekommen wäre, als es bei unserer Art der Berechnung geschieht.

Das grösste Contingent stellten wieder die multilokulären Kystome, 57 an Zahl = 68,56%, dann folgen die unilokulären mit 8=9,52% und die Dermoide mit 7=8,33%. Auch hier fällt wieder die hohe Zahl der Dermoide auf, die 1888/93 die Olshausen'sche*) Angabe erreichte, für 93/96 ihr immerhin nahe kommt. Es könnte danach fast scheinen, als ob Olshausen nicht ganz mit Recht den Zufall für die grosse Zahl von Dermoiden, die auch er fand, verantwortlich gemacht habe.

Es folgen je 2-2,38% Fibrome und Hämatome, je 1 Haematosalpinx (Graviditas tubaria), Abscess, Oophoritis — je 1,19%.**)

Bezüglich Lebensalter und der Zahl der Partus zeigt sich kein abweichendes Verhalten von den früher beschriebenen Tumoren, nur wurde ein Fall von Carcinom bei einer 36jähr. Patientin, also in verhältnissmässig jugendlichem Alter festgestellt.

76 Tumoren = 91,56% nahmen ihren Ausgang von Ovarium, 6 = 7,14% von Parovarium, je einer zugleich von Ovarium und Parovarium und von der Tube, = je 1,19%. Auch in diesen Verhältnissen liegt kein wesentlicher Unterschied gegenüber 88/93.

Bezüglich der Seite, auf der die Tumoren sassen jedoch, sind andere Ziffern für 93/96 festzustellen, nämlich 37 = 44,05 links, 29 = 34,5% rechts und 18 = 21,43% beiderseits, darunter 3 von den 4 Carcinomen; nur das Kystocarcinom sass einseitig. Auch in letzter Procentangabe wird fast genau Olshausen's***) Ziffer erreicht.

*) Olshausen l. c.

**) Je ein Fall von Combination eines multiloculären Kystoms mit Fibrom und mit Papillom doppelt gerechnet.

***) Olshauen l. c.

Mannigfach waren die Complikationen der Ovarialtumoren: in 5 Fällen lagen gleichzeitig Uterusmyome, bei den malignen Geschwülsten Metastasen in anderen Organen vor; einmal hatte Blutung in den Sack stattgefunden, bei sämtlichen malignen Tumoren war Ascites vorhanden u. s. f. In 6 Fällen, = 7,23%, hatte mehr oder minder starke Stieltorsion stattgefunden (88/93 in 8 = 8%).

Fünfmal begegnen wir neben ausgebildetem Kystom des einen Ovariums beginnender cystischer Entartung des anderen, vorherrschend bei jüngeren Frauen, die sich sämtlich noch in conceptionsfähigem Alter befanden, weshalb die konservative Resektion des cystisch degenerierten Ovariums der Exstirpation vorgezogen wurde. Ob eine der Patientinnen inzwischen koncipiert hat, ist bis jetzt nicht bekannt geworden.

Geheilt, resp. gebessert, wurden durch die Operation 76 = 91,56% der Operierten, 7 = 8,33% starben. Wie schon erwähnt starb nur eine einzige Patientin an eiteriger Peritonitis, also an den Folgen einer bei der Operation acquirierten Infektion, 2 im Collaps, 5 resp. 81 Tage nach der Operation; eine Patientin ging an Apoplexia cerebri 8 dies post operationem, eine an Herzlähmung (Fettherz) und Lungenödem zu Grunde, eine weitere die operationis plötzlich an embolia a. pulmonalis und schliesslich noch eine, die sich nach der Operation überhaupt nicht mehr erholte und nach 10 Tagen im Collaps zu Grund ging.

Während in Vorstehendem die allgemeinen Ergebnisse der Ovariotomieen in den beiden Zeiträumen 88/93 und 93/96, teilweise vergleichend, zusammengestellt wurden, wenden wir uns jetzt noch zu einigen Fällen, die unser besonderes Interesse in Anspruch nehmen. Es sind unter den 184 sechs Fälle von Complikation eines Ovarialtumors mit Gravidität, Fälle, die sämtlich zur Operation kamen. Bei allen 6 verlief die Operation günstig; in 3 Fällen traten 1—2

dies post operationem Wehen auf, die durch Opium und absolute Ruhe bei einer Patientin wieder zum Schwinden gebracht wurden, während in einem der beiden anderen Fälle, es handelte sich hier um eine Graviditas II- III mensium bei einer 27jährigen II- para, 4 Tage nach der Operation starke Blutungen auftraten, die einen Abortus vermuten liessen. Bei der inneren Untersuchung am nächsten Tage stellte sich denn auch ein abortus cervicalis heraus, der ausgeräumt werden musste. Der andre, schon von Herrn Professor Löhlein*) veröffentlichte Fall betraf eine gravida mens. X., bei der kurz nach der Operation Wehen auftraten. Am folgenden Tag erfolgte die Geburt eines fasst völlig ausgetragenen Kindes.

In den 4 andern Fällen wurde nicht nur der Eingriff gut vertragen, die Schwangerschaft erlitt auch durch ihn keine Unterbrechung. Möglich ist, das in dem zum Abortus führenden Fall die Complikation mit einer hernia inguinalis, die radikal operiert wurde, dem intrauterinen Dasein des Foetus ein Ziel gesetzt hat, eine andre causa nocens konnte wenigstens nicht eruiert werden. Die Operation dauerte in vorliegendem Falle bei der Kleinheit des Tumors — es handelte sich um ein orangengrosses unilokuläres Kystom des rechten Ovariums — nur kurze Zeit und wurde, wie schon angedeutet, nur durch die Bruchoperation etwas in die Länge gezogen.

Einen interessanten Gegensatz zu diesem Fall bietet ein anderer, der erst vor $2^1/_2$ Monaten hier zur Operation kam, der letzte bis jetzt, und auf den etwas näher einzugehen sich wohl verlohnen dürfte.

Frau Elisabeth K. aus Volmsberg, aufgenommen am 1. III. 96. 27jährige Frau, die 2 mal geboren hat. Vater an Altersschwäche gestorben, Mutter und 2 Geschwister leben und sind gesund. Sie selbt will niemals krank gewesen sein. Seit etwa drei Jahren bemerkt sie ein allmähliches Dickerwerden

*) Löhlein, gynaekologische Tagesfragen Heft IV.

des Leibes. Menses mit 14 Jahren, regelmässig, ohne Beschwerden, mässig reichlich, 5—6 Tage dauernd, sistieren seit October 95. Stuhlgang sehr angehalten, Urinbeschwerden haben nicht bestanden. Von seiten der Atmungsorgane angeblich keinerlei Beschwerden. Patientin hat sich erst vor wenig Tagen in die Behandlung eines Arztes begeben, der ihr sofortiges Aufsuchen der Klinik angerathen hat. Mittelgrosse, mässig genährte Frau von 172 Pfund Gewicht. Facies ovarica. Geringe Cyanose. Temperatur 37,0°. Unterschenkel und Füsse etwas ödematös. Es besteht ein Tumor in abdomine, der das Zwerchfell stark nach oben drängt, so dass die unteren Grenzen der Brustorgane dementsprechend verschoben erscheinen. Es besteht ein derartiger Hängebauch, dass derselbe im Stehen bis zu den Knieen, im Sitzen bis handbreit oberhalb der Kniee nach unten reicht. Die Haut des Abdomen ist derartig prall gespannt, dass die Ausgangsöffnungen der Schweissdrüsen in der Richtung von oben nach unten 2—3 mm. lang, strichförmig, erscheinen. Der Nabel ist völlig verstrichen, Venen überall erweitert und geschlängelt. Nach unten Anasarka. Nur im linken Hypochondrium tympanitischer, sonst über dem ganzen Abdomen gedämpfter Perkussionsschall. Grosswellige Fluktuation. Umfang in Nabelhöhe 138 cm, grösster Umfang (10 cm unterhalb des Nabels) 144 cm (!); Mass von processus xiphoideus bis zur Mitte der Symphyse 98 cm. Es bestehen deutliche Schwangerschaftszeichen. Rechtes Ovarium nicht zu fühlen, an seiner Stelle ein grosser fluktuierender Tumor. Uterus nicht zu fühlen.

Am 2. III. schritt Herr Professor Dr. Löhlein zur Ovariotomie. Das stark nach rechts überhängende Abdomen muss nach der Mittellinie zu aufgerichtet werden, um die Schnittführung einigermassen zu erleichtern. 8 cm langer Hautschnitt durch die dünnen Bauchdecken, handbreit unter dem Nabel beginnend. Die Muskulatur der Bauchdecken und

der Panniculus völlig atrophisch: man kommt fast sofort nach Durchtrennung der Haut auf die Fascie. Nach Durchtrennung derselben zwischen zwei Pincetten springt sofort in kleinfingerdickem Strahl eine schleimige Flüssigkeit von glasigheller Farbe unter hohem Druck hervor. Die spätere Messung ergiebt 30 Liter, das spezifische Gewicht beträgt 1008. Man hält die Flüssigkeit zuerst für freien Ascites, da man nichts von einer Tumorenwand sieht. Nach möglichst vollständiger Entleerung der Flüssigkeit wird sodann eine manuelle Exploration vorgenommen. Die untersuchende Hand gelangt in eine geräumige Höhle mit vielen Nischen, Buchten und Einsenkungen, an der Wand sind verschiedene derbe Stränge zu fühlen, nirgends eines der Bauchorgane. Die Innenfläche des Tumorsacks entspricht in ihrem Aussehen ganz der einer Ovarialcyste. Nunmehr wird der Bauchdeckenschnitt nach unten verlängert und an der rechten Seite die Wand des Tumors so weit als möglich aus ihrer festen Verwachsung mit dem Peritoneum parietale gelöst. Nur mit der grössten Anstrengung gelingt es, Schritt für Schritt immer grössere Partieen des gewaltigen Tumors aus seinen festen Verwachsungen mit dem Peritoneum zu lösen, trotz stumpfen Vorgehens erfolgt dabei erhebliche parenchymatöse Blutung. Mit den Darm- oder den übrigen Bauch- resp. Beckenorganen nirgends Verwachsungen. Nach Hervorziehen der Cystenwand kann man nunmehr den an die Bauchwand gedrängten Uterus fühlen, der um seine Längsachse derart gedreht ist, dass seine linke Kante nach vorn und oben sieht. Seine Grösse entspricht einer Graviditas mensium VI. Der Darm ist stark zusammengedrückt, die Leber nach oben gedrängt. Der Tumor selbst hat sich ohne Stielbildung breit aus dem linken ligamentum latum heraus entwickelt. Nach Unterbindung einiger zu fest adhärenter flächenhafter Adhäsionen wird er abgetragen, der 8 cm breite Strumpf übernäht und nach Toilette des Peritoneums die Bauchwunde mit oberflächlichen und tiefen Seide-

nähten geschlossen. Dauer der Operation: 2 Stunden. Die Operationswunde heilte per primam und die Patientin konnte nach ca. 14 Tagen geheilt entlassen werden, ohne dass die Schwangerschaft unterbrochen worden wäre.

Namentlich aus diesem Fall geht deutlich hervor, wie falsch die frühere engherzige Indikationsstellung für die ovariotomia inter graviditatem war, wie grundlos die Befürchtungen früherer Autoren, denn selbst eine derartig eingreifende Operation, bei der oft nur mit Anwendung grosser Gewalt die Verwachsungen des Tumors gelöst werden konnten, und die daher nahezu 2 volle Stunden dauerte, war nicht im Stande, die Gravidität vorzeitig zu unterbrechen.

Zum Schluss erlaube ich mir, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Löhlein, für die gütige Ueberlassung des Materials und die freundlichst gewährte Unterstützung bei Abfassung der Arbeit meinen aufrichtigsten Dank zu sagen.

Tabelle

der

in der Giessener Frauenklinik

vom

1. März 1888 bis 1. März 1893

ausgeführte

Ovario- und Parovariotomieen.

Nr.	Namen u. Journalnummer	Alter	Partus	Sitz des Tumors	Ausgehend von
1	Caroline S. 35/88. aus Wilnsdorf.	28	—	links	Ovarium
2	Louise Z. 55/88. aus Forstwehren.	20	—	rechts	Ovarium
3	Z 74/88. aus Hanau.	35	I	rechts	Ovarium
4	Katharine J. 77/88. aus Freilingen.	56	III	links	Ovarium
5	Louise H. 87/88. aus Lützellinden.	31	—	links	Parovarium
6	Elisabeth S. 94/88. aus Mengerskirchen.	57	—	rechts	Ovarium
7	Sophie R. 98/88. aus Gambach.	74	V	links	Ovarium
8	Elise G. 101/88. aus Giessen	31	III	links	Ovarium
9	Juliane R. 106/88. aus Watzenborn.	39	I	rechts	Ovarium
10	Margarete M. 123/88. aus Wetterfeld.	32	II	links	Parovarium
11	Lisette S. 135/88. aus Creuzthal.	21	—	rechts	Parovarium
12	Anna Katharina W. 149/88 aus Eschenbach.	54	XVI	rechts	Ovarium
13	Caroline S. 150/88. aus Dillenburg.	25	III	links	Ovarium
14	Alwine W. 157/88. aus Willingen.	26	—	links	Ovarium
15	Marie L. 175/88. aus Bad-Nauheim.	31	I	rechts	Ovarium

Charakter des Tumors	Besondere Bemerkungen	Ausgang
Fibro-Sarcoma	Ascites	Geheilt.
Kystoma multiloculare dermoides	Stieltorsion	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Stieltorsion Bronchitis	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Ileus	Geheilt.
Kystoma uniloculare	Bronchoblennorrhöe	Geheilt.
Kystoma multiloculare		Geheilt.
Kystoma multiloculare		Geheilt.
Kystoma multiloculare	Mehrfache Stieltorsionen in puerperio. Peritonitis	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Ascites	Geheilt.
Kystoma uniloculare		Geheilt.
Kystoma uniloculare		Geheilt.
Kystoma papillare	Verwachsungen mit Netz u. Darm. Bronchitis	Geheilt.
Kystoma uniloculare	Rechtes Ovarium und Tube hinter dem Uterus im Douglas verwachsen. ½ Stieltorsion	Geheilt.
Kystoma multiloculare		Geheilt.
Kystoma uniloculare		Geheilt.

Nr.	Namen u. Journalnummer	Alter	Partus	Sitz des Tumors	Ausgehend von
16	Juliane H. 192/88. aus Angersbach.	54	II	links	Parovarium
17	Frau S. 205/88. aus Ruppertenrod.	56	II	beiderseits	Ovarium
18	Kunigunde N. 2/89. aus Rudingshain.	34	VI	links	Ovarium
19	Margerete H. 15/89. aus Meudt.	26	—	beiderseits	Ovarium
20	Pauline S. 20/89. aus Eppenrod.	57	—	links	Ovarium
21	Marie H. 42/89. aus Zell b. Alsfeld.	52	IV	links	Ovarium
22	Elisabeth V. 60/89. aus Ober-Heinbach.	53	V	links	Ovarium
23	Katharina Z. 87/89. aus Sainerholz.	35	—	rechts	Ovarium
24	Elisabeth R 97/89. aus Rahsen.	51	—	rechts	Ovarium
25	Margarete C. 117/89. aus Wetzlar.	44	V	rechts	Ovarium
26	Elisabeth S. 124/89. aus Hatzbach.	61	VIII	rechts	Ovarium
27	d'A. 89/89. aus Wiesbaden.	19	—	rechts	Ovarium
28	Helena K. 127/89. aus Berlin.	34	I	beiderseits	Ovarium
29	Katharina H. 144/89 aus Zeppenfeld.	44	III	rechts	Ovarium
30	Katharina W. 162/89. aus Berlin.	32	I	links	Ovarium

Charakter des Tumors	Besondere Bemerkungen	Ausgang
Kystoma uniloculare	Retroversio uteri Cerviepolyp Prolapsus vagen ant. et post.	Geheilt.
Carcinoma	Carcinoma hepatis et lienis	†
Kystoma dermoides	Graviditas mens. IV.	Geheilt.
Sarcoma	Sarcoma uteri. Ascites.	†
Kystoma multiloculare		Geheilt.
Kystoma multiloculare	$1^1/_2$ Stieltorsion des Tumors Metrorrhagie	Geheilt.
Kystoma uniloculare		Geheilt.
Kystoma multiloculare		Geheilt.
Kystoma dermoides	Retroversio uteri	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Bronchitis	Geheilt.
Kystoma multiloculare		Geheilt.
Kystoma multiloculare		Geheilt.
Kystoma multiloculare	Bronchitis	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Ascites	Geheilt.
Kystomata	Oophoritis duplex	Geheilt.

Nr.	Namen u. Journalnummer	Alter	Partus	Sitz des Tumors	Ausgehend von
31	Anna F. 168/89. aus Ferndorf.	54	I (1)	rechts	Ovarium
32	Olga S. 208/89. aus Diez.	27	II	beiderseits	Ovarium
33	Dina I. 230/89. aus Obergunnbach.	30	—	rechts	Ovarium
34	Lina G. 231/89. aus Eisenfeld.	27	—	beiderseits	Ovarium
35	Margarete I. 186/89. aus Nauheim.	48	VI	rechts	Ovarium
36	Wilhelmine D. 297/89. aus Strassebersbach.	34	V	rechts	Ovarium
37	Christine D. 49/90. aus Wieseck.	39	V	beiderseits	Ovarium
38	Elisabeth S. 65/90. aus Glafeld.	37	V	links	Ovarium
39	Wilhelmine L. 90/90. aus Marienberg.	25	II	beiderseits	Ovarium
40	Auguste C. 100/90. aus Mainz.	53	III	beiderseits	Ovarium
41	Magdalene N. 101/90. aus Walbersdorf.	30	IV	rechts	Ovarium
42	Hernestine K. 103/90. aus Offenbach.	47	—	links	Ovarium
43	Wilhelmine H. 109/90. aus Biersdorf.	32	III	rechts	Ovarium

Charakter des Tumors	Besondere Bemerkungen	Ausgang
Kystoma multiloculare		† V. die post oper. Darmlähmng.
Kystoma multiloculare	Parametrisis dextra Stomatitis mercurialis post operationem	Geheilt mit Exsudat auf Wunsch entlassen.
Kystoma multiloculare		Geheilt.
Kystoma multiloculare		Geheilt.
Fibroma	Ascites	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Graviditas mens II.	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Salpingitis duplex	Geheilt.
Kystoma multiloculare	1½ Stieltorsion	Geheilt.
Kystoma uniloculare		Geheilt.
Kystoma multiloculare		Geheilt.
Kystoma multiloculare	Retroversio uteri. Cystitis	Geheilt.
Kystoma dermoides	Section: Peritonitis fibrinosa, purulenta. Dilatatio ventriculi. Chron. Magengeschwüre. Emphysema et Oedema pulm.	† VI. die post operat.
Kystoma multiloculare	Retroversio uteri	Vor vollständ. Heilung auf Wunsch entlassen.

Nr.	Namen u. Journalnummer	Alter	Partus	Sitz des Tumors	Ausgehend von
44	Katharine K. 135/90. aus Ehringshausen.	36	—	beiderseits	Ovarium
45	Minna L. 193/90. aus Giessen	40	—	rechts	Ovarium
46	Henriette K. 248/90. aus Niederschall.	25	II	rechts	Ovarium
47	Elisabeth B. 250/90. aus Kirdorf.	54	IV	links	Ovarium
48	Eva G 259/90.	18	—	rechts	Ovarium
49	Auguste B. 203/90. aus Gemünden	62	—	rechts	Ovarium
50	A. 265/90. aus Mainz.	45	III	links	Ovarium
51	Katharine P. 277/90. aus Krofdorf.	62	II	rechts	Ovarium
52	Elise S. 293/90. aus Butzbach.	36	—	links	Ovarium
53	Emilie M. 347/90, aus Reichelsheim.	38	IV	beiderseits	Ovarium
54	Friedericke L. 349/90. aus Wetzlar.	40	V	beiderseits	Ovarium
55	Elisabeth S. 351/90. aus Windhausen.	57	II	links	Ovarium
56	Caroline H. 364/90. aus Oberscheld.	31	III	rechts	Ovarium
57	Henriette S. 375/90. aus Schladern.	20	I	rechts	Ovarium

Charakter des Tumors	Besondere Bemerkungen	Ausgang
Kystoma multiloculare		† (Nachblutung).
Kystoma multiloculare		Geheilt.
Kystoma	Retroversio uteri	Geheilt.
Kystoma	Bronchitis	Geheilt.
Kystoma	Bronchitis	Geheilt.
Kystoma	Hydrosalpinx dupl. Oophoritis sin.	Geheilt.
Kysto-Fibroma	Ascites (15—20 Ltr.) Peritonitis benigna	Geheilt.
Kystoma	Retroflexio uteri.	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Carcinoma cervicis uteri (Testiopatio totalis). Reremetritis chronica	† septische Peritonitis.
Kysto-Fibroma		Geheilt.
Kystoma papillare spl.	Ascites. Ovariotomia duplex Links inoperabel	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Ascites	† (mors subita XVII^{a} die, Embolie der art. pulsmon).
Kystoma dermoides	Retroflexio uteri	Geheilt.
Haematoma	Retroversio ut.	Geheilt.

Nr.	Namen u. Journalnummer	Alter	Partus	Sitz des Tumors	Ausgehend von
58	Marie M. aus Bergwerk b. Giessen. 1/91.	22	—	links	Ovarium
59	Anna K. 9/91. aus Friedberg.	45	—	rechts	Ovarium
60	Lina S. 14/91. aus Olpe.	31	—	rechts	Ovarium
61	Rosa S. Ww. 23/91. aus Giessen.	48	—	beiderseits	Ovarium
62	Helene W. 35/91. aus Nanzenbach.	35	II	rechts	Ovarium
63	Lina B. 42/91. aus Niederscheld.	24	I	rechts	Ovarium
64	I. K. Ww. 43/91. aus Eibach.	64	I	rechts	Ovarium
65	Caroline S. 90/91. aus Hadamar.	67	V	beiderseits	Ovarium
66	Elisabeth B. 130/91. aus Darmstadt.	28	—	links	Ovarium
67	Louise M. 155/91. aus Dillenburg.	37	III	rechts	Ovarium
68	de P. 156/91. aus Wiesbaden.	40	—	beiderseits	Ovarium
69	Juliane W. 196/91. a. Steinnenburg.	32	IV	rechts	Ovarium

Charakter des Tumors	Besondere Bemerkungen	Ausgang
Teratoma (Cystoma enchondromatosum papillomatosum etc.)		Geheilt entlassen † im Juni 91 an Metastasen.
Kystoma dermoides	Fibromyomata ut. Neuralgiae	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Geringe Bronchitis	Geheilt.
Carcinoma	Ascites. Fibromata uteri. Section: Atelectasis pulm.sin. e hydrothorace. Carc. metastat. hepatis. Carc. pelviperitoneale, utrinsque ovarii Fibr. uteri. Cachexia universal. Haemorrhagia in cavum abdom. post operationem.	† die operat.
Kystoma multiloculare		Geheilt.
Fibroma	Perimetritis post.	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Bronchitis.	Geheilt.
Carcinoma	Ascites. Carcinoma Peritonei etc.	† an Carcinose 15. Tag post oper.
Kystoma dermoides		† III. dies post oper. (Nachblutung)
Kystoma multiloculare	Retroflexio ut.	Geheilt.
Kystoma multiloculare		Geheilt.
Kystoma dermoides		Geheilt.

Nr.	Namen u. Journalnummer	Alter	Partus	Sitz des Tumors	Ausgehend von
70	Ernestine S. 217/91. aus Laugenbach	43	V	rechts	Ovarium
71	v. S. aus Frankfurt a. M. 283/91.	31	I (1)	rechts	Ovarium
72	Lina .K 334/91. aus Büdingen.	63	III	beiderseits	Ovarium
73	Lina S. 370/91. aus Griedel.	34	IV	rechts	Ovarium
74	Louise S. 391/91. aus Dillenberg.	21	—	links	Ovarium
75	Elisabeth S. 6/92. aus Schwabenrod.	35	V	rechts	Ovarium
76	Margarete W. 14/92. aus Garbenteich.	42	VIII	links	Ovarium
77	Katharine Elise S. 32/92. aus Igelshausen.	58	X	beiderseits	Ovarium
78	Marie M. 92/92. aus Diez.	41	—	rechts	Ovarium
79	Margarete D. 137/92. aus Scharfenbach.	26	II	links	Ovarium
80	Elise Kath. D. 139/92. aus Lauterbach.	55	III	rechts	Ovarium
81	Wilhelmine V. 173/92. aus Lich.	65	IV	rechts	Ovarium
82	Therese B. 181/92. aus Wetzlar.	32	V	beiderseits	Ovarium
83	Marie B. 210/92. aus Gross-Gerau.	40	I	rechts	Ovarium

Charakter des Tumors	Besondere Bemerkungen	Ausgang
Kystoma multiloculare	Prolapsus uteri.	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Angina.	Geheilt.
Cystocarcinoma	Ascites. Metastasen im Periton.	Geheilt.
Kystoma multiloculare		Geheilt.
Haematoma		Geheilt.
Kystoma multiloculare	Stieltorsion. Retroversio uteri.	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Retroversio uteri. Icterus. Cystitis.	Geheilt.
Kystoma multiloculare ov. sin. Degen, cyst. ov. dextr.	Emphysema pulm. Bronchitis chron.	Geheilt,
Fibromyoma oedematosum	Prolapsus vag. post. ex asciti. Ascites.	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Graviditas mens. X.	Geheilt.
Kystoma papillare	Stieltorsion. Ascites.	Geheilt.
Kystoma papillare proliferum intraligamentosum		Geheilt.
Kystoma glandulare et papillare: Carcinoma: Beginnende cyst. Entart: links / rechts	Ascites. Stieltorsion. Cystitis. Decubitus.	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Carcinoma cervicis inoperabile. Hydrosalpinx dexter.	Geheilt.

Nr.	Namen u. Jonrnalnummer	Alter	Partus	Sitz des Tumors	Ausgehend von
84	Lina D. 224/92. aus Usingen.	42	II	links	Ovarium
85	Mathilde K. 245/92. aus Leidhecken.	34	II	rechts	Parovarium
86	Kath. G Ww. 297/92. aus Lollar.	45	V	rechts	Ovarium
87	Margarete H. 314/92. aus Horchheim.	40	—	rechts	Ovarium
88	Jeannette K. 358/92. aus Herborn.	23	—	links	Ovarium und Tube
89	Elise M. 407/92. aus Wilgersdorf.	47	IV	rechts	Ovarium
90	Wilhelmine B. 446/92. aus Harbach.	39	II	beiderseits	Ovarium
91	Kath. K. 508/92. aus Dudenhofen.	43	III	rechts	Ovarium
92	Marie M, 571/92. aus Offenbach.	37	II	links	Ovarium
93	Christine R. 587/92. aus O.	24	I	beiderseits	Ovarium
94	Elisabeth D. 588/92. aus Wallenrod.	54	III	beiderseits	Ovarium
95	Charlotte G. 532/92. aus Schellenberg.	25	—	rechts	Ovarium
96	Philippine M. 601/92. aus Broemberg.	25	—	links	Ovarium
97	Katharine D. 626/92. aus Wallenrod.	46	—	beiderseits	Ovarium
98	Marie K. 1/93. aus Eichelsachsen,	52	VIII	links	Ovarium
99	Mathilde E. 45/93. aus Giessen.	34	—	links	Ovarium
100	Selma W. 76/93, aus Giessen.	26	I	links	Parovarium

Charakter des Tumors	Besondere Bemerkungen	Ausgang
Kystoma	Retroversio ut. Osteomalacia	Geheilt.
Kystoma uniloculare	Retroversio ut.	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Anteversio ut.	Geheilt.
Kystoma dermoides	Retroversio-Flexio ut. Kystoma fibroides tubae dextr. Peritonitis.	† 6 Tage post oper. an Peritonitis.
Tuberculosis ovar. sin. Resectio ovarii dxlr.	Pyosalpinx	Geheilt.
Kystoma multiloculare	Ascites, Oedeme Insufficientia cordis.	Geheilt.
Kystoma proliferum papillare.		Geheilt.
Kystoma	Prolapsus utr. vag. cum inversione.	Geheilt.
Kystoma dermoides		Geheilt.
Sarkoma		Geheilt.
Kystoma multiloculare carcinomatosum	Metastase im Zwerchfell. Peritonitis.	† sept. Periton.
Kystoma multiloculare		Geheilt.
Kystoma multiloculare		Geheilt.
Kystoma multiloculare partim papillare, part. glandulare.	Ascites. Angena.	Geheilt.
Kystoma dermoides (beginnende carcinomatöse Entartung des Stiels)		Geheilt.
Kystoma	Peritonitis benigna.	Geheilt.
Kystoma uniloculare		Geheilt.